Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

SUIZIDVERSUCHE UND SUIZIDDROHUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Monika Schieber
aus Leutkirch
1979

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

SUIZIDVERSUCHE UND SUIZIDDROHUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Monika Schieber
aus Leutkirch
1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H. Heimann
Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Eigene Untersuchungen	5
	A. Methodisches Vorgehen	5
	B. Ergebnisse	8
	1. Alters- u. Geschlechtsverteilung	8
	2. Art des Suizidversuches	10
	3. Anlaß u. Ursache	12
	4. Suizide in der Familie und näheren Umgebung	16
	5. Schichtzugehörigkeit	17
	6. Familienverhältnisse	19
	7. Kinderzahl und Stellung in der Geschwisterreihe	21
	8. Elektroencephalogramm	22
	9. Intelligenz und Schulbildung	24
	10. Auffälligkeiten in Anamnese und Befund der Kinder	25
	11. Verhaltensauffälligkeiten	27
	C. Fallbeschreibungen	33
III.	Diskussion der Ergebnisse	38
IV.	Zusammenfassung	43
V.	Literaturverzeichnis	45

I. E i n l e i t u n g

Die Frage nach Ursache einerseits und prophylaktischen Möglichkeiten andererseits beschäftigt Mediziner, Psychologen und vor allen Dingen Eltern und Erzieher von Kindern, die durch einen Suizid verstorben sind, einen Suizidversuch unternommen haben oder mit suizidalen Handlungen drohen.

Die Zahlenangaben über Suizide und Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen schwanken erheblich, die Dunkelziffer ist in jedem Fall groß, und nur in einem Punkt sind sich alle einig, daß die Zahl der Suizidversuche bei Kindern und Erwachsenen zunimmt.

N i s s e n veröffentlichte 1976 eine Arbeit, in der er Zahlen von Kinderselbstmorden in der Bundesrepublik Deutschland aufführte. Danach starben 1950 32 Kinder, 1970 87 Kinder und 1974 58 Kinder im Alter zwischen 5 und 15 Jahren durch einen Suizid. Z u m p e gibt dagegen 1960 an, daß die Zahl der Selbstmorde in den letzten 10 Jahren gleichgeblieben, die Zahl der Selbstmordversuche jedoch erheblich gestiegen sei. Der Selbstmord stehe bei den 15- bis 25jährigen an zweiter Stelle der Todesursachen.

Die Tatsache des kindlichen und jugendlichen Selbstmordes erschreckt besonders, da - wie Z u m p e in ihrer Arbeit einleitend sagt - "die Haltung der Resignation, der Passivität, des Verzichtes, deren letzte Konsequenz der Selbstmord darstellt, völlig unjugendlich erscheint. "

Der Erwachsene meint deshalb, daß der Selbstmord eines Kindes rechtzeitig zu bemerken und damit der Selbstmord zu verhindern sei; bei Eltern drängen sich Schuldgefühle auf. Die Suche nach Möglichkeiten zur Vermeidung von suizidalen Handlungen wird immer wieder aufgenommen: "Viele schwere Suizidversuche und vollendete Suizide von Kindern und Jugendlichen können verhindert werden, wenn das praesuizidale Syndrom (R i n g e l), die Persönlichkeitsstruktur und die soziologischen Voraussetzungen der (nach K i e r k e g a a r d) "Krankheit zum Tode" besser bekannt wären". (N i s s e n 1975) S t o r k hat 1972 einen "Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr" erarbeitet, der als Screening-Verfahren zur Erfassung suizidal gefährdeter Menschen in Schulen, Betrieben etc. dienen soll. S c h m i d t k e und S c h a l l e r kommen 1976 zu dem Schluß, daß"ein wirklich überzeugender psychologischer Test zur Abschätzung des Suizidrisikos bis heute noch nicht vorliegt". Ob ein solcher Test - gäbe es ihn in optimaler Form - viel weiterhelfen würde, sei dahingestellt und die Frage nur angerissen, denn mit der Feststellung der Tatsache allein, daß ein solches Risiko besteht, ist nichts getan.

In dieser Arbeit geht es darum, an Hand von Krankengeschichten festzustellen, auf welchem Boden, in welchen Umweltverhältnissen Kinder und Jugendliche einen solchen, der Umgebung unbegreiflichen, Schritt tun.

Es wird nicht der Versuch unternommen, den Selbstmord auf seine Bedeutung hin zu untersuchen, ob er

ein Hilfeschrei an die Umgebung ist, die Funktion einer Erpressung hat, demonstrativen Charakter aufweist oder ein echter Todeswunsch dahintersteckt. Um sich darüber ein Bild machen zu können, wäre ein intensiver Einblick in die Entwicklung des Kindes, die Familienverhältnisse und die soziale Umwelt vonnöten, den Krankenblätter in der Form nicht zu vermitteln vermögen.

Ebenso schwer abschätzbar wie die Ernsthaftigkeit eines Suizidversuches und damit zusammenhängend ist die Frage, inwieweit dem Kind die Endgültigkeit des Todes bewußt ist. Nach N i s s e n bilden sich konkrete Vorstellungen frühestens im Alter von 7 - 8 Jahren, sind aber zunächst von "überraschender Unschärfe", und erst im Alter von 12 - 14 Jahren ist "eine zuverlässige Einsicht darüber zu erwarten, daß der Tod ein unwiderrufliches Ende des Lebens bedeutet". R i n g e l et al. sehen eine starke Reifungsbeschleunigung als Voraussetzung für einen Suizidversuch an. Ein Großteil seiner Patienten war praematur. Auf die Vorstellung, Tod bedeute nichts anderes oder so viel wie Schlaf, kann man bei Kindern hin und wieder stoßen (G e i s l e r). G e i s l e r sieht das Zustandekommen suizidaler Handlungen ganz allgemein als Folge einer "überschrittenen, individuell verschiedenen Leidensfähigkeit". Sie ist der Ansicht, daß es sich nicht auf eine Formel bringen läßt, "etwa Aggression gegen die Eltern (T r a m e r u. a.), Identifikation mit einem Verstorbenen (G a r m a u. a.) oder Aufgeben der Hoffnung auf Liebe (S a d g e r)". In diesem

Sinne wurde in vorliegender Studie versucht, möglichst umfassend die Situation solcher jungen Menschen zu erfassen.

II. Eigene Untersuchungen

A. Methodisches Vorgehen

Zur Auswertung gelangten die Krankenblätter von 66 Patienten, die zum Teil ambulant, zum Teil stationär oder auch ambulant und stationär in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsnervenklinik Tübingen in den Jahren 1974 bis 1976 untersucht und betreut wurden. Es waren sowohl Kinder, die nach einem Suizidversuch direkt aus der behandelnden Klinik überwiesen wurden, als auch Kinder, die vom Hausarzt, Psychologen oder Psychiater wegen Suiziddrohungen oder entsprechendem Verhalten geschickt wurden.

Eine Tabelle wurde erstellt, an Hand derer die Krankenblätter durchgesehen und ausgewertet wurden. Neben allgemeinen Daten wie Geschlecht, Alter und Konfession umfaßte die Tabelle:

1. Angaben zum Suizidversuch
   - Art, Mittel, Folgen, Abschiedsbrief
   - Grund, Anlaß
   - Suizidversuche in der Familie, Umgebung, Literatur
2. Angaben zur Person
   - Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, Geburtsgewicht
   - Frühere Erkrankungen und jetzige physische Beschwerden, Größe, Gewicht
   - Stellung in der Geschwisterreihe
   - EEG
   - Intelligenztest
   - Verhaltensauffälligkeiten

- Frühere bzw. gegenwärtige Heimaufenthalte, Krankenhausaufenthalte, Erziehung durch Großeltern und Pflegeeltern
- Schule
- Evtl. gestellte Diagnose

3. Angaben zur Familie
   - Krankheiten in der Familie
   - Soziale Situation: Normalfamilie, geschieden, "broken home" etc.
   - Beruf und Alter des Vaters, psychische Auffälligkeiten
   - Berufstätigkeit und psychische Auffälligkeit der Mutter
   - Kinderzahl

Nur wenige Punkte, wie z. B. Größe und Gewicht, blieben bei der endgültigen Auswertung unberücksichtigt, da sie keinerlei verwertbare Bedeutung zu haben schienen.

Schwierigkeiten bei der Bearbeitung der Krankenblätter ergaben sich dadurch, daß diese sehr verschieden ausführlich und von ganz verschiedenen Untersuchern angefertigt waren. Viele waren lückenhaft, die einen sehr auf die Familien- und Kindesanamnese ausgerichtet, andere enthielten fast ausschließlich psychologische Tests. So kommt es, daß zu nahezu keinem Punkt wirklich 66 Auswertungen existieren, großenteils wesentlich weniger. Erschwerend wirkt die verschiedene Einstellung der Untersucher, was sich besonder s in der Frage der Milieuschädigung bemerkbar macht. Während der eine vielleicht der Ansicht ist, daß der Grund für die verzweifelte Tat des Kin-

des in seiner Umgebung zu suchen ist, kann der andere primär eine Störung in der Persönlichkeit des Patienten annehmen, und einen entsprechenden Akzent wird die Befragung und sein weiteres Vorgehen erhalten (Betonung auf Tests, Anamnese, soziales Milieu). Dem einen Untersucher gelingt es, viele bedeutsame Angaben von seiten der Eltern zu erhalten, dem anderen Untersucher gegenüber bleiben die Eltern verschlossen, oder aber sie machen falsche oder nur oberflächliche Angaben. Häufig wurden die Eltern gar nicht oder nur ein Elternteil vorstellig.

Die Kinder selbst sind sehr unterschiedlich aufgeschlossen. Die einen erzählen nach kurzer Zeit lebhaft und viel, von anderen ist bis zum Ende der Untersuchung kaum etwas zu erfahren. Alle diese Unsicherheitsfaktoren machen solche Aktenuntersuchungen recht schwierig, und es sei an dieser Stelle betont darauf hingewiesen, daß viele Zahlenangaben in der Arbeit nur relativ zu sehen sind und richtungsweisend für weitere, gezielte Untersuchungen sein können. Definitive Aussagen sind auf Grund dieser Untersuchungen nur da möglich, wo wirklich Dinge ins Auge stechen und nicht in Punkten, zu denen nur vereinzelt Angaben gemacht wurden, oder bei denen geringe Signifikanzen bestehen.

Es wurde versucht, die Angaben in den Krankenblättern in diesem Sinne zu verwerten und einige neue Aspekte zu den bisher in der Literatur beobachteten hinzuzufügen.

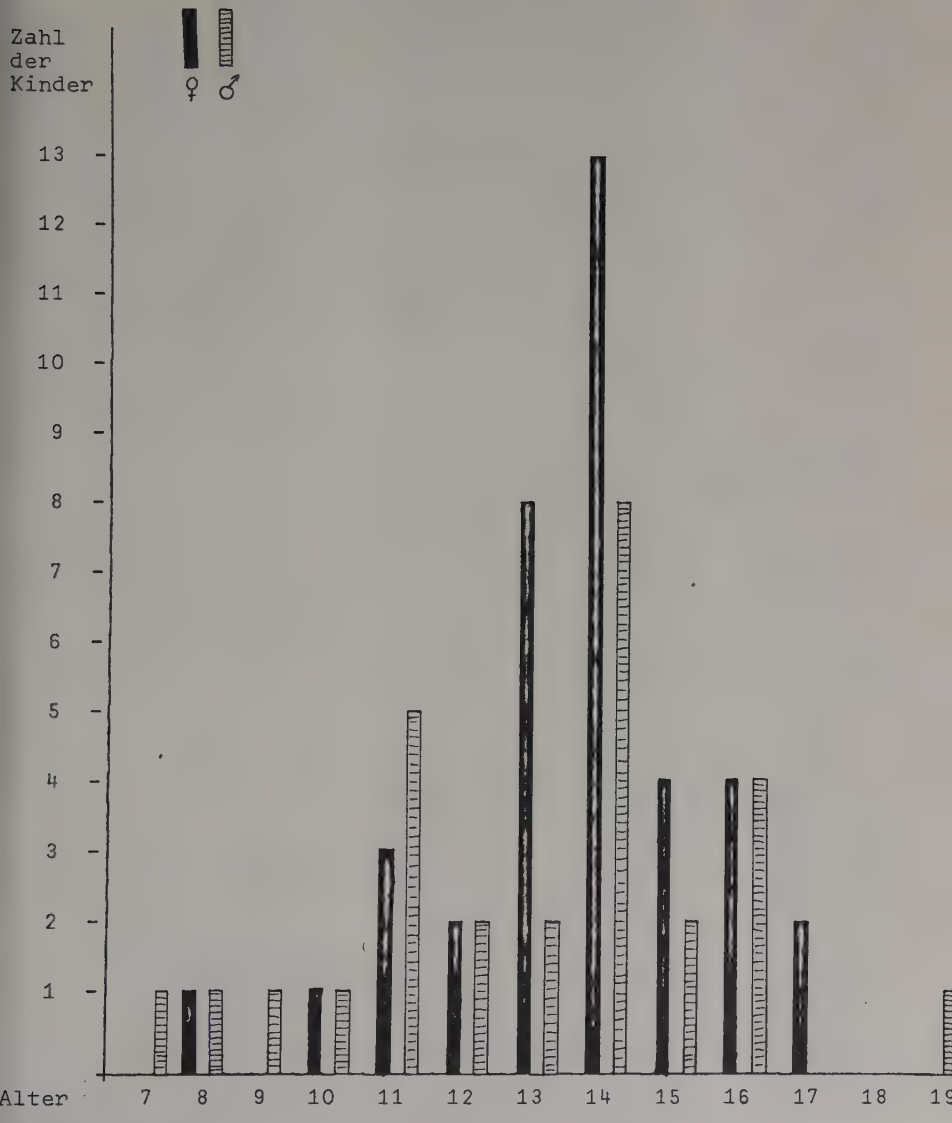
B. Ergebnisse

1. Alters- und Geschlechtsverteilung, Konfession

Von insgesamt 66 Kindern waren 28 Jungen und 38 Mädchen. Abbildung 1 stellt graphisch die Alters- und Geschlechtsverteilung dar, an Hand derer ein Gipfel im Alter von 14 Jahren sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen deutlich wird. Bis zum Alter von 10 Jahren fand sich jeweils maximal 1 Kind jedes Altersjahres, das einen Suizidversuch unternommen hat; ab dem 11. Lebensjahr sind die Zahlen ungleichmäßig ansteigend. Die fallenden Zahlen ab dem 17. Lebensjahr sind dadurch zu erklären, daß in diesem Alter die meisten Jugendlichen der Erwachsenenpsychiatrie zugeteilt werden. Diese Ergebnisse weichen nicht signifikant von den Angaben in der Literatur ab, wenn auch der Unterschied in der Geschlechterverteilung nicht ganz so gravierend ist wie bei anderen Untersuchungen (T o o l a n 1964, J a k o b z i n e r 1965). R i n g e l fand 1955, daß vor der Pubertät die Jungen, nach der Pubertät die Mädchen häufiger suizidale Handlungen unternehmen.

33 Kinder sind evangelisch, 25 sind katholisch, von den restlichen 8 war die Konfession nicht bekannt. B e c k e r weist darauf hin, daß in katholischen Bundesländern die Selbstmordziffern niedriger liegen als in evangelischen.

Abb. 1 Alters- und Geschlechtsverteilung



Alter	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Zahl d. Kd.insges.	1	2	1	2	8	4	10	21	6	8	2		1

2. Art des Suizidversuches

Die Mittel, zu denen Kinder und auch Erwachsene greifen, um ihrem Leben ein Ende zu setzen, haben sich im Verlauf der letzten Jahre stark gewandelt. Während früher bei Jungen hauptsächlich aggressive Methoden, wie Erdrosseln und bei Mädchen der Tod durch Vergiftung (Gas) im Vordergrund standen (B e r g s t r a n d 1962, Z u m p e 1960, T r u b e - B e c k e r 1970, N i s s e n 1975), tritt nun an erste Stelle bei beiden Geschlechtern der Suizidversuch mit Tabletten, hauptsächlich Schlaf- und Beruhigungsmittel.

In dieser Untersuchung waren es 47 Kinder, 16 Jungen und 31 Mädchen, die zu Tabletten griffen. 10 Kinder, 4 Knaben und 6 Mädchen, versuchten, sich mit scharfen Gegenständen zu verletzen. Strangulationsversuche wurden bei 5 Kindern, 4 Jungen und 1 Mädchen, gefunden. Suiziddrohungen äußerten 15 Kinder, darunter 8 Jungen und 7 Mädchen. Auf die Schienen oder Straße legten sich 2 Kinder, und 1 Kind stürzte sich von einer Brücke herab.

5 Kinder standen während ihres Suizidversuches unter Alkoholeinfluß, 16 Kinder wendeten verschiedene Methoden gleichzeitig an, nahmen z. B. Tabletten ein und fügten sich Schnittverletzungen am Arm zu oder drohten immer wieder mit Selbstmordversuchen und brachten sich Wunden bei. Einige wenige Kinder drohten lediglich häufig über längere Zeit , sich etwas anzutun, was die Eltern ängstigte und den Gang zum Arzt veranlaßte.

11 Kinder begingen wiederholt Suizidversuche (entspricht Angaben von B i e n e r und B u r g e r mit 18 %). Von 9 Kindern (5 Jungen und 4 Mädchen) wurde ein Brief oder eine entsprechende Notiz im Tagebuch hinterlassen.

Die sehr häufig verbreitete Auffassung, daß Knaben auch in neuerer Zeit, in der bereits die Vergiftung mit Tabletten mit Abstand an erster Stelle steht, wesentlich häufiger als Mädchen zu aggressiven Methoden tendieren, kann hier bestätigt werden. Von 28 Knaben brachten sich 8 entweder Stichverletzungen bei oder machten den Versuch, sich zu erhängen; das entspricht einem Prozentsatz von ca. 29 %. Bei den Mädchen waren es 7 von 38, was einem Prozentsatz von knapp 19 % entspricht. Insgesamt aber muß festgehalten werden, daß bei beiden Geschlechtern die sogenannten "sanften" Methoden stark im Zunehmen begriffen sind.

Tab. 1 Methoden der Suizidversuche

Art d. Suizids	Zahl d. Kinder	Mädchen	Knaben
Tabletten	47	31	16
Schnitt- u. Pulsaderverl.	10	6	4
Drohungen	15	7	8
davon Nur Drohung ohne Schnitt Tabletten etc.	7	3	4
Strangulation	5	1	4
Schienen o. Straße	2	2	
Sturz	1		1
Unter Alkoholeinfluß	5		
Mehreres gleichzeitig komb.	16		
Mehrfacher Suizid	11		

3. Anlaß und Ursache

Daß der Anlaß zum Suizidversuch speziell bei Kindern und Jugendlichen in den Augen der Erwachsenen ganz besonders nichtig erscheint, wird immer wieder von verschiedensten Beobachtern betont (L e m p p , F ö r s t e r , R i n g e l). Häufig ist ein direkter Anlaß weder vom Kind noch von den Eltern eruierbar.

Anders sieht es aus, wenn man nach seit langer Zeit bestehenden Problemen fahndet.

Hier stehen Schwierigkeiten mit den Eltern an erster Stelle. Mit dem Vater gibt es bei 21 Kindern, 14 Mädchen und 7 Knaben, Probleme; mit der Mutter bei 20 Kindern, davon sind 17 Mädchen und nur 3 Jungen. Von diesen Kindern haben 8 mit beiden Eltern Schwierigkeiten; bevorzugt scheinen Schwierigkeiten zum gleichgeschlechtlichen Elternteil zu bestehen, wobei eine Mutter-Tochterproblematik besonders auffällt.

Geschwisterproblematik ist nicht ganz so häufig, aber oft sehr gravierend, wenn das Gefühl der Benachteiligung entsteht, sei es durch die Natur (äußere Erscheinung, Begabung, Krankheit) oder durch die Zuwendung der Eltern bedingt.

Mit einer Schwester hatten 9 Kinder (7 Mädchen, 2 Knaben), mit einem Bruder 7 Kinder (4 Mädchen, 3 Knaben) Schwierigkeiten. Insgesamt sind es 16 Kinder, auffallend viele Mädchen (11), die ein

gespanntes Verhältnis zu Geschwistern haben.

Besonders einschneidend wird für Kinder die Trennung von einem geliebten Menschen erlebt. W a a g e (1966) schreibt dazu: "Kinder erleben den Tod der Mutter oder einer anderen geliebten Person als ein Verlassenwerden. Sie reagieren darauf mit Enttäuschung und Vorwürfen, als ob die erwachsene Person vorsätzlich fortgegangen wäre. Ihre Suizidphantasien sind eine Umkehrung dieses Erlebnisses: Sie antworten auf Liebesentzug mit dem Impuls, als Vergeltung nun ihrerseits 'fortzugehen'."

H e n d i n (W a a g e 1966) hat in Untersuchungen festgestellt, daß Kinder und Erwachsene in ihren Suizidphantasien eine "Vorstellung von einer Wiedervereinigung mit geliebten Angehörigen im Jenseits" haben.

12 (19 %) von unseren 66 Kindern hatten ein solches Trennungserlebnis vor ihrem Suizidversuch. 4 Mädchen wurden vom Vater, eines von der Mutter und ein weiteres von der geliebten Schwester getrennt. 2 Jungen wurden vom Vater, 2 von der Mutter, einer von Vater und Mutter und einer von all seinen Freunden durch Umzug getrennt.
"Vereinsamung fördert den Suizid." Dies stellte R e i n e r bei einer Untersuchung bei jugendlichen Seeleuten fest (T r u b e - B e c k e r).
Auch G e i s l e r fand "Todesgedanken nach dem Verlust eines geliebten und schutzgebenden Menschen".

Das Überhandnehmen von Schulproblemen wurde bei 19 Kindern als direkte Ursache für den Suizidversuch angegeben, Schulschwierigkeiten wurden bei wesentlich mehr Kindern beobachtet. Daß die Schulprobleme jedoch nicht letztlich und allein den Grund darstellen, ist zumindest beim größten Teil dieser 19 Kinder anzunehmen. Z u m p e sieht hier die tiefere Ursache im Verhalten der Mutter und der berechtigten Angst der Kinder vor diesem Verhalten, was durch die große Zahl der Kinder bestätigt wird, die mit ihren Eltern Schwierigkeiten haben.

12 Jugendliche, vorwiegend Mädchen, sind von Freundschaftsproblemen geplagt; bei 24 Kindern, davon 20 Mädchen, wird von einer Pubertätskrise gesprochen. In der Pubertät spielt das Gefühl der Vereinsamung eine große Rolle. So schreibt N i s s e n : "Der Mensch in der Reifezeit ist ein einsames Wesen, nicht nur wegen der 'Ungleichzeitigkeit des Gleichzeitigen' (P i n d e r) in der Welt der Generationen, sondern durch das Bewußtsein seiner Vereinzelung durch Geburt und Konstitution, durch das Schicksal der Individualhistorie und des sozialen Milieus." "Die Pubertät ist das Praedilektionsalter für die Erstmanifestation endogener Psychosen und durch ein vermehrtes Auftreten seelischer Fehlentwicklungen gekennzeichnet."

In unserem Patientengut wurde bei 7 Patienten (4 Knaben, 3 Mädchen) eine neurotische Fehlhaltung, bei 22 Patienten eine milieureaktive Verhaltensstörung festgestellt. Vom Milieu wird im weiteren noch zu sprechen sein; aber soviel kann schon jetzt

festgehalten werden, daß Reaktionen auf ein problembeladenes Milieu besonders stark und häufig erstmalig in der Pubertät zum Ausdruck kommen.

N i s s e n weist darauf hin, daß in der Pubertät vorwiegend drei Aufgaben zu lösen sind, bei deren Nichtbewältigung es zu entsprechenden Krisen kommen kann:

1. Lösung von den bisherigen Autoritäten und realitätsgerechte Wiederbindung an die Eltern (Autoritätskrise)
   Symptome: Vaterprotest, Weglaufen etc.
2. Selbstfindung und Beherrschung der Rollen in der Sozietät (Identitätskrise)
   Symptome: depressive Verstimmung, psychogene Anfälle, Entfremdungserlebnisse, Suizide und Suizidversuche
3. Integration genitaler Sexualität (Sexualkrisen und Sexualneurosen)
   Symptome: Pubertätsaskese, exzessive Onanie, Inzest, Homosexualität bei Jungen, vorzeitige und häufig wechselnde sexuelle Beziehung bei Mädchen

All dies findet man in wechselnder Häufigkeit und Intensität bei unseren jungen Patienten. Sowohl das Weglaufen (Punkt 1) als auch die depressive Verstimmung (Punkt 2) ist eine häufig beobachtete Erscheinung bei diesen Jugendlichen. Zur Frage der Onanie (Punkt 3) war bei keinem unserer Kranken etwas im Krankenblatt aufgeführt; hinsichtlich der Sexualität war nur bei drei Mädchen vermerkt, daß sie gegenüber dem anderen Geschlecht distanzlos seien, häufigen Partnerwechsel hätten und ähnliches.

4. Suizide in der Familie und näheren Umgebung

Jeder Suizid in der Familie ist aus zwei Gründen von Bedeutung, zum einen wegen der vielumstrittenen Frage der Vererbung, zum anderen aus der Sicht des Vorbildes, des "Werther-Phänomens", oder wie immer man diese Tatsache umschreiben mag.

N i s s e n spricht im Rahmen der Vererbung von einer "angeborenen Vitalschwäche" und Z u m p e zitiert R i n g e l , der der Ansicht ist, daß nicht die Selbstmordneigung, höchstens praedisponierende Eigenschaften vererbt werden können."Eine frühzeitige Beschäftigung mit dem Todesgedanken wird häufig durch das Erlebnis des Todes naher Angehöriger ausgelöst (G e i s l e r , R i n g e l). Mit Recht betont R i n g e l , daß Selbstmord-"Vorbilder" in der Umgebung eine ursächlich noch weit bedeutsamere Rolle spielen, da sie Form und Richtung der künftigen Entladung von Konflikten zu bestimmen vermögen"(Z u m p e).
R i n g e l ist der Ansicht, daß ein Selbstmord in der Familie rein psychologisch als "Vorbild" Bedeutung hat, ebenso wie Selbstmordversuche von Klassenkameraden sozusagen nachgeahmt werden können. Auch Bücher (z. B. Die Leiden des jungen Werther), entsprechende Zeitungsmeldungen und Gespräche über Selbstmord können eine Bedeutung im Sinne des Vorbildes haben. R i n g e l spricht in diesem Zusammenhang von regelrechten "Selbstmordepidemien".

Bei unserem Patientengut ist in 12 Fällen ein Suizid (oder mehrere) in der Familie bekannt; in 2 weiteren Fällen war ein Suizid in der näheren Umgebung; eine Zeitungsmeldung spielte eine Rolle; ein Kind hatte van Gogh und Hermann Hesse als große Vorbilder; bei 3 Kindern drohte die Mutter, bei 2 weiteren der Vater gehäuft mit Suizid. Insgesamt sind dies 21 Kinder (32 %), die in irgendeiner Form schon einmal mit dem "Phänomen" des Suizides konfrontiert wurden.

5. Schichtzugehörigkeit

Z u m p é fand heraus, daß die meisten ihrer Patienten aus der Schicht der "kleinen Angestellten", Handwerker und gelernten Arbeiter stammt. Dies trifft auch auf unser Patientengut zu.
3 Väter waren Akademiker (5 %), 5 Beamte (8 %), 12 Angestellte (18 %), 23 Handwerker (35 %), 10 Arbeiter (15 %), 3 Selbständige (5 %). Diese Statistik ist sicherlich mit einigen, wenn auch nicht groben Fehlern behaftet, da die Berufsangaben zum Teil ganz fehlten, zum Teil nicht exakt waren. Aber die große Zahl der Handwerker, Angestellten und Arbeiter ist so offensichtlich, daß kleine Ungenauigkeiten die Signifikanz dieser Aussagen nicht beeinträchtigen können.

Aus einer Untersuchung von Z i l l h a r d t ist zu ersehen, daß im Jahre 1970 44,6 % aller Patienten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

der Universitätsnervenklinik Tübingen aus Arbeiterfamilien stammen, 23 % aller Patienten aus Angestellten- und Beamtenfamilien, 13,8 % aus Akademikerfamilien und 10,2 % der Väter selbständig sind; bei 8,3 % der Patienten war der Beruf des Vaters unbekannt.

In Tabelle 2 sind vergleichend die Zahlen der Schichtzugehörigkeit in unserer Patientengruppe, der Gruppe aller kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Z i l l h a r d t) und der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg aufgeführt.

Tab. 2

Berufsgruppen	Pat. unserer Untersuchungsgruppe	Pat. Zillhardt	Ges.Bev. Bd.Württ.
Arbeiter u. Handwerker	50 %	44,6 %	48 %
Angestellte u. Beamte	26 %	23 %	35 %
Akademiker	5 %	13,8 %	4,8 %
Selbständige	5 %	10,2 %	16 %
Unbekannt	15 %	8,3 %	

6. Familienverhältnisse

Daß die Familienverhältnisse eine ganz entscheidende Bedeutung am Zustandekommen eines Suizidversuches bzw. der Lebenskrise der Kinder haben, ist unbestritten und nicht zuletzt an der häufigen Diagnose "milieureaktive Verhaltensstörung" ersichtlich.
Gestörte Familienverhältnisse fanden alle Untersucher gehäuft bzw. geordnete nur vereinzelt vor; W a a g e zum Beispiel nur in 4 von 18 Familien; R i n g e l findet in allen Fällen defekte oder gar zerstörte Familien; T u c k m a n et al. berichten von 29 % der Familien, bei denen wegen Kindsmißhandlung interveniert werden mußte, von 47 % geschiedenen Ehen, 51 % Familien, die durch Verbrechen bereits bekannt waren und ähnliches mehr. Literaturstellen dieser Art könnten noch zahlreich aufgeführt werden.

Wie zu erwarten, weichen die Ergebnisse dieser Untersuchung keines-wegs ab: 10 Ehen sind geschieden, in 4 Familien wird die Scheidung geplant, von Spannungen größeren Ausmaßes berichten zusätzlich 7 Eltern, und die Dunkelziffer ist mit Sicherheit sehr hoch.
Die Geburt von 4 Kindern ist bekanntermaßen unerwünscht gewesen, in 5 Fällen wurde die Ehe wegen der Geburt des Kindes geschlossen. 12 Kinder wuchsen teilweise bei den Großeltern, 8 Kinder teilweise im Heim auf. 5 Jugendliche sind seit Jahren fest in einem Heim untergebracht. Bei 5 Kindern starb der Vater, bei 4 Kindern die Mutter, bei 2 weiteren

Kindern ist die Mutter weggelaufen.
18 Mütter sind ganz- oder halbtags berufstätig.
Nur ca. 50 % der Familien sind insofern intakt, als es Vater und Mutter gibt und die ohne allzugroße Streitigkeiten zusammenleben; und selbst da bleibt die Frage offen, inwieweit dem untersuchenden Arzt Einblick in die Familiensituation gegeben war. Bei den meisten Familien kommen viele Schwierigkeiten zusammen, und nicht selten wurden mehrfache Eheschließungen oder Scheidung und Wiederheirat derselben Partner beobachtet. Auffälligkeiten im Verhalten von einem oder beiden Ehepartnern ergaben sich wie folgt:

12 Väter sind Alkoholiker - 13 Mütter sind psychisch auffällig:

depressiv	5	zwanghaft	1
Nervenzusammenbrüche	3	schizophren	1
Alkoholikerin	1	angstbeladen	1
Weglaufen	1		

Einige typische Fälle werden am Ende dieses Kapitels herausgegriffen und geschildert, um die Kompliziertheit solcher Familienkonstellationen wiederzugeben, die in Zahlenaufstellungen nicht deutlich zutage treten können, da häufig mehrere Faktoren kumulieren.

7. Kinderzahl und Stellung in der Geschwisterreihe

Um aus der Stellung in der Geschwisterreihe irgendwelche Besonderheiten erkennen zu können, benötigt man eine Repräsentativbevölkerungsgruppe zum Vergleich.
Z i l l h a r d t zieht in seiner "Felduntersuchung zur sozialen und räumlichen Gliederung der ambulanten Patienten der Kinder- und Jungendpsychiatrie in Tübingen im Jahr 1970" Vergleiche zur Repräsentativbevölkerung Baden-Württembergs in der Verteilung auf Einzelkinder, Älteste, Mittlere und Jüngste, die sich nach B e c k herstellen lassen sollen.
Demnach sollen Einzelkinder einen Anteil von 22 % an der Gesamtbevölkerung haben. In unserem Patientengut waren 9 von 64 Kindern Einzelkinder, was einem Anteil von 14 % entspräche. Die Einzelkinder wären damit unterrepräsentiert. 15 Kinder aus unserem Patientengut stammen aus Familien mit 2 Kindern, 17 aus Familien mit 3, 12 aus Familien mit 4, 3 aus Familien mit 5, 6 aus Familien mit 6 und jeweils 1 Kind aus Familien mit 7 und 8 Kindern. Die Stellung in der Geschwisterreihe ist aus Tabelle 3 ersichtlich.
29 % der Repräsentativbevölkerung sind Älteste; bei unseren Patienten waren es 15 von 62 (von 62 Patienten war die Stellung in der Geschwisterreihe bekannt), was einem Prozentsatz von etwa 24 % entspräche. Ebenfalls 29 % der Repräsentativbevölkerung machen die Jüngsten aus, die auch bei uns gleich repräsentiert sind wie die Ältesten mit 15 von 62 Kindern. Die mittleren Kinder sind im Vergleich zur Repräsentativbevölkerung, wo sie mit 20 % vertreten sind, bei uns überrepräsentiert mit 23 von 62 Kindern, das sind 37 %! Besonders auffällig ist die Über-

repräsentation der mittleren Kinder bei den Familien mit 3 Kindern, bei denen von 17 Kindern 9 Mittlere (50 %), 4 Älteste und 3 Jüngste sind. Bei einem Kind war die Stellung in der Geschwisterreihe nicht bekannt.
Daß die Familien mit 3 Kindern so stark repräsentiert sind, ließe sich eventuell durch die erhöhte Gefahr eines sogenannten Außenseiters bei 3 Kindern erklären, wo die Wahrscheinlichkeit besteht, daß jeweils zwei Kinder sich stärker zueinander gezogen fühlen und das dritte etwas abseits steht und dann auch häufig von den Eltern weniger Aufmerksamkeit empfängt.
Dieser Aspekt der Geschwisterproblematik, bedingt durch die Zahl und die Stellung in der Geschwisterreihe scheint nicht unwichtig zu sein und wird in den meisten Untersuchungen wenig beachtet.
T o o l a n ist in seiner Veröffentlichung kurz darauf eingegangen. Allerdings findet er bei seinem Patientengut die Gruppe der Erstgeborenen auffallend groß, während er darin übereinstimmt, daß Einzelkinder nur relativ wenig vertreten sind.

8. Elektroencephalogramm

Eine mehr oder weniger stark ausgebildete Allgemeinveränderung im EEG fand sich bei 21 Kindern; 3 Kinder hatten einen Herdbefund im EEG.

Tab. 3 Kinderzahl und Stellung in der Geschwisterreihe

Kd.zahl i.d.Fam.	Anz.d. Pat.	Stellung i. d. Geschwisterreihe 1	2	3	4	5	6	7	8	unbek.
1	9									
2	15	7	7							1
3	17	4	9	3						1
4	12	4	3	2	3					
5	3			2		1				
6	6		3		1	1	1			
7	1				1					
8	1				1					
	64									

Tab. 4 Prozentualer Anteil d. ältesten, mittleren und jüngsten Kinder

	Zahl	%	% in Repräsentativbevölkerung
Älteste	15	24	29
Mittlere	23	37	20
Jüngste	15	24	29

9. Intelligenz und Schulbildung

Z ü m p e nennt unter den Faktoren, die eine große Rolle spielen bei Kindern, die suizidale Handlungen begehen, den Intelligenzmangel.
Bei 32 unserer Patienten wurde ein Intelligenztest angefertigt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 aufgelistet.
Auffallend ist die große Zahl der Kinder, die einen überdurchschnittlichen Intelligenzquotienten zwischen 120 und 129 haben. Nur 5 von ihnen gehen ins Gymnasium, 3 in die Real-, 2 in die Haupt- und 2 in die Grundschule (siehe Tabelle 5).
Insgesamt besuchen 8 Kinder und Jugendliche das Gymnasium, 14, davon 12 Mädchen, besuchen die Realschule, 25 Kinder die Haupt- , 3 die Grund- und 6 die Sonderschule (siehe Tabelle 6). Mit diesen Zahlen sind 59 Probanden erfaßt, bei den restlichen war über die Ausbildung nichts vermerkt.

Tab. 5 Intelligenzquotient u. Schulbildung unserer Patienten

IQ	Zahl d. Kinder	fem.	masc.	Grund-schule	Haupt-schule	Real-schule	Gymn.	Sonder-schule
60-69	3	2	1					3
70-79	2	1	1		1 fem.			1 masc.
80-89	1		1		1 masc.			
90-99	5	2	3		2 fem. 3 masc.			
100-109	5	3	2		1 fem. 2 masc.	1 fem.	1 fem.	
110-119	4	2	2	1 masc.	1 masc.	2 fem.		
120-129	12	5	7	1 fem. 1 masc.	2 masc.	2 fem. 1 masc.	2 fem. 3 masc.	

Tab. 6 Schulbildung der Patienten

Zahl d. Kinder	Mädchen	Knaben	Schulbildung
6	3	3	Sonderschule
3			Grundschule
23	13	10	Hauptschule
14	12	2	Realschule
8	4	4	Gymnasium

10. Auffälligkeiten in Anamnese und Befund der Kinder

Immer wieder wird in der Literatur auf die Bedeutung körperlicher Erkrankung für die psychische Entwicklung von Kindern hingewiesen.
Einerseits können Mißbildungen leicht das Gefühl von Minderwertigkeit entstehen lassen, andererseits lange Krankenhausaufenthalte und schwere Beeinträchtigung des physischen Befindens und der Bewegungsfreiheit die gesunde psychische Entwicklung stark stören. Umgekehrt können psychische Störfaktoren körperliche Symptome hervorrufen.
Von unseren Patienten hatte ein Kind eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, eines eine Schädeldeformation, eines eine Hüftgelenksdysplasie, und zwei hatten eine Skoliose, wovon das eine mehrfach operiert und in seinem Befinden außerordentlich stark beeinträchtigt war und das andere lange Zeit im Gipsbett lag. Ein Junge hatte ein hypoplastisches

Genitale. Insgesamt waren es somit 6 Kinder, die durch eine Mißbildung beeinträchtigt waren.
Von 4 Kindern waren Ernährungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindesalter bekannt, 3 hatten eine Commotio, 3 weitere vermutlich eine entzündliche Hirnhaut- bzw. Gehirnerkrankung.
Gehäuft krank waren in ihrer Kindheit weitere 6 Patienten (Asthma, Fieberkrämpfe, rezidivierende Bronchitis etc.).
Zu erwähnen sind noch 3 Knaben mit Hodenhochstand bzw. Hydrocele, worunter sie zum Teil erheblich litten. Ein Junge berichtete am Ende eines langen Gespräches schließlich, daß er geglaubt habe, er sei ein Zwitter; deshalb habe er nicht mehr leben wollen. Er war vom Arzt nicht richtig über seinen Kryptorchismus informiert worden.

Geburtskomplikationen traten bei 11 Kindern auf. Bei 2 bestand eine Lageanomalie, 1 Kind wurde mit der Zange entbunden, 8 Kinder waren asphyktisch. Der Anteil der Kinder mit frühkindlichen Hirnschäden ist hiermit relativ hoch.
Eine länger andauernde Hyperemesis während der Schwangerschaft wurde von 6 Müttern bekannt.

Auffallendes organisches Symptom bei den Kindern und Jugendlichen über lange Zeit hinweg und meist auch noch fortbestehend waren Kopfschmerzen. Während Magenschmerzen nur einmal angegeben wurden, klagten 10 Patienten über häufige Kopfschmerzen.

11. Verhaltensauffälligkeiten

Die Eltern unserer Patienten klagten zum Teil spontan über Schwierigkeiten, die bei der Erziehung ihrer Kinder aufgetreten waren und zum Zeitpunkt der Untersuchung bestanden, zum Teil kreuzten sie auf einem vorgelegten Fragebogen vorgegebene Verhaltensauffälligkeiten an.
Tabelle 7 vermittelt einen Überblick über die wichtigsten und am häufigsten geklagten Schwierigkeiten. Gerade hier muß nochmals betont werden, daß die Krankenblätter zum Teil sehr lückenhaft und die Angaben der Eltern sicherlich nicht in jedem Fall ausführlich und immer korrekt waren. Auch die Frage der Intensität der einzelnen Faktoren bei den verschiedenen Kindern muß offenbleiben. Hier können nur Dinge ausgewertet werden, die grob auffällig sind, offensichtlich gehäuft auftreten und vor allen Dingen auch vorgebracht werden.

Am häufigsten wird über Schulschwierigkeiten geklagt, und zwar in 37 Fällen (ca. 55 %), hierzu zählen 3 Kinder mit nachgewiesener Legasthenie. Schwierigkeiten in der Schule in Form von schlechten Noten und gefährdeter Versetzung sind nicht selten der Anlaß für suizidale Handlungen. Wenn auch die Angst vor Strafe mehr dafür verantwortlich zu machen ist als die schlechte Note an sich, so läßt diese Tatsache zu denken geben, und die Frage, ob nicht auch in der Schule zu viel vom Kind verlangt wird, ist eindeutig berechtigt. Besonders auffällig in diesem Zusammenhang ist die große Zahl der Mädchen in den Realschulen (12 Mädchen, 2 Jungen).

Tab. 7 Art der Verhaltensauffälligkeiten bei 59 Kindern

Verhaltensauffälligkeiten	Zahl d. Kinder
Schulschwierigkeiten	37
Kontaktstörungen	19
Weglaufen	17
Minderwertigkeitsgefühle	14
Schlafstörungen	12
Schulschwänzen	12
Eigentumsdelikte	12
Sprachfehler	11
Einnässen	10
Nägelkauen	8
Angst	8
Aggressivität	7
Affektlabilität	6
Tobsuchts- u. hysterische Anfälle	5
Nahrungsverweigerung	5

Häufig lassen die Schulleistungen mit zunehmender Problematik im Elternhaus nach. Anstatt daß das Kind dann in der Schule mehr unterstützt wird, wird es nur durch Mißerfolgserlebnisse und darauffolgende Mißachtung durch Lehrer und Mitschüler noch mehr demoralisiert und der Circulus vitiosus mit in der Folgezeit noch schlechteren Leistungen nimmt seinen Lauf.
Zu diesem Problem äußert sich R i n g e l folgendermaßen: "Fast jede kindliche Neurose geht mit einem Leistungsabfall einher. ... Wird nun ein solches Kind gerade deswegen bestraft, so führt das

zu einer unerträglichen, als ausweglos erlebten Situation. Dazu aber kommt noch etwas: Gerade die neurotischen Kinder haben oft das Gefühl, Liebe nur dann zu bekommen, wenn sie besondere Leistungen vollbringen".
Das Gefühl der Leistungsunfähigkeit, so folgert R i n g e l , kombiniert sich mit der Angst, die Liebe der geliebten Person zu verlieren.

An zweiter Stelle, aufgefallen bei 19 Kindern, stehen die Kontaktstörungen. Z u m p e sieht die Kontaktstörung als Folge von Liebesmangel bzw. -entzug und einem dadurch bedingten Mangel an eigener Liebesfähigkeit des Kindes. Sie stellt bei allen ihren Patienten eine meist schon Jahre vor dem Suizidversuch bestehende erhebliche Kontaktstörung fest.
Auch B e c k e r sieht den Selbstmord als "die extremste seelische Reaktion, die als Folge von Kontaktstörungen angesehen werden muß".
Es ist daher anzunehmen, daß auch in unserer Untersuchung die Zahl der Kinder, die Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen haben, wesentlich höher angesetzt werden muß.

Von 61 Kindern zeigen 17 ein- oder mehrmals Weglauftendenzen von zu Hause bzw. aus dem Heim, was wenig erstaunt, wenn man weiß, wieviele dieser Kinder sich in einer schweren Pubertätskrise befanden, in der N i s s e n das Weglaufen, Streunen und Gammeln als "spezifische Ausdrucksform einer puberalen Autoritätskrise" sieht, die "als ein Ausweichen vor der häuslichen Konfrontation mit dem Vater, mit häuslichen Überforderungen und ein

'aus-dem-Feld-gehen' (L e w i n) von Leistungsanforderungen in der Schule und im Beruf" imponiert.

Letzteres leitet direkt über zu einer weiteren Form des Weglaufens, dem Schulschwänzen, das bei 12 Kindern und Jugendlichen auffällt. Diese in ihrer gesamten Persönlichkeit verunsicherten Kinder haben nicht nur Angst vor schlechten Noten als Beweis ungenügender Leistung in einer leistungsbetonten Gesellschaft, auch nicht nur Angst vor Bestrafung durch Lehrer oder Eltern, sondern in starkem Ausmaß Angst vor der Schande, dem Verlachtwerden, dem "Anderssein" als die Kameraden, zu denen die Kontaktaufnahme ohnehin schwerfällt und doch so dringend gebraucht wird.

Es wundert deshalb ebensowenig, daß viele Kinder - und auch hier ist die Zahl mit 14 mit Sicherheit zu niedrig angesetzt - von Minderwertigkeitsgefühlen geplagt sind.
Elternhaus, Schule und Klassenkameraden bieten den nötigen Circulus vitiosus, aus dem heraus ein solches Kind kein Selbstwertgefühl aufbauen kann.

Ebensowenig verwundern bei solchen Kindern Schlafstörungen als Ausdruck unverarbeiteter Konflikte vom Tage. Bei 12 unserer jungen Patienten wurde über gestörten Schlaf berichtet, was bei gesunden Kindern, die in der Regel sehr tief und ohne Unterbrechung schlafen, sehr selten vorkommt. Hin und wieder kam zum Ausdruck, daß die Kinder stark träumen. Auch solche angstbelegten Träume sind bei ihnen, die ein ungestörtes Dasein zu einem hohen Prozentsatz kaum kennen, durchaus zu erwarten.

In den Rahmen der milieureaktiven Verhaltensstörung paßt genauso das Vorkommen von Eigentumsdelikten. Immerhin 12 Patienten haben den eigenen Eltern, aus dem Supermarkt oder auch den Zigarettenautomaten unrechtmäßig Geld oder Ware entwendet. Nach N i s s e n steht das Erlernen des Eigentumsbegriffes in engem Zusammenhang mit der Kontaktfähigkeit des Kindes. Diebstähle können nach N i s s e n aus vier verschiedenen Gründen entstehen:

1. Verwahrlosung mangels Vorbild
2. Mangelnde Intelligenz und damit mangelndes Lernvermögen
3. Schwäche des Hemmungsvermögens nach postencephalitischen Zuständen
4. Seelische Konfliktsituationen, wobei sich Kinder in einer Situation des Liebesmangels entweder etwas Liebes tun wollen (im Sinne des Naschens) oder durch Verschenken des Gestohlenen gleichsam Liebe erkaufen wollen.

" Der Diebstahl kann aber auch einfach ein neurotischer Hilferuf um Beachtung und Zuwendung sein". Mit Ausnahme von Punkt 3 treffen alle Punkte auf diese Kinder zu, die teils verwahrlost, teils minderbegabt sind und alle in seelischen Konfliktsituationen stehen.

Bei 11 Kindern besteht eine Sprachstörung, die einerseits Ursache für Minderwertigkeitsgefühle, andererseits Folge davon sein können.

Ein entweder verlängertes oder nach mehreren Jahren erneut auftretendes Einnässen ist bei 10 Kindern bekannt. Das Einnässen kann so viele verschieden-

artige Ursachen haben, daß es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, sie aufzuzählen und abzuwägen. Im Zusammenhang mit so vielen und verschiedenartigen Verhaltensauffälligkeiten ist es aber durchaus zu verstehen und einzuordnen.

Nägelkauen als Ausdruck von Konfliktsituationen, aber auch von nicht gewagten bzw. verbotenen Aggressionen und von Selbstbestrafung ist ein ganz typisches Symptom und sicherlich häufiger als nur bei 8 Kindern, von denen es bekannt wurde, aufgetreten.

Weitere Verhaltensauffälligkeiten wie starke Angstzustände (bei 8 Kindern), Aggressivität (7 Kinder), Affektlabilität (6 Kinder), Tobsuchts- und hysterische Anfälle (5 Kinder) und Nahrungsverweigerung (5 Kinder) passen exakt in das Bild des milieureaktiv gestörten oder in einer Pubertätskrise befindlichen Menschen.

Überdenkt man beim einzelnen Kind seine Verhaltensauffälligkeiten im Hinblick auf die häusliche Situation, den Erziehungsstil der Eltern und die Eigenart des Kindes, so lassen sie sich meist recht einfach erklären.

C. F a l l b e s c h r e i b u n g e n

Einige typische Fallbeispiele sollen die Komplexität der familiären Zerrüttung und der dadurch entstehenden Symptomatik bei den Kindern verdeutlichen.

Gisela, 15 Jahre:
Gisela ist das 4. von 8 Kindern, ein Zwillingskind. Der Vater, Maurer von Beruf, wurde vor Gericht geladen, da er sich mehrfach an Gisela vergangen haben soll. Sie war schon einmal weggelaufen, nachdem sie Mutter, Schwester und Tante von den Nötigungen - wenn sie sich wehrte, schlug sie der Vater - berichtet und keine Resonanz gefunden hatte. Auf die Vorladung hin beging der Vater Suizid mit E 605. Nach dem Tod des Vaters lief das Mädchen von zu Hause weg, da Mutter und Schwester ihr Vorhaltungen machten, sie sei am Tode des Vaters schuld. Zunächst fand sie Aufnahme bei der Heilsarmee und dann in einem Heim. Mutter und Schwester wehrten sich, die Kosten zu bezahlen und holten sie gegen ihren Willen zurück in die Dreizimmerwohnung, um ihr weiterhin die Schuld am Tod des Vaters vorzuwerfen. Zwei Jahre nach dem Suizid des Vaters nahm sie 60 Tabletten Dismenol und wurde tief bewußtlos in der Klinik aufgenommen, wo sie durch forcierte Diurese, Haemodialyse und künstliche Beatmung gerettet werden konnte.

Hans-Michael, 12 Jahre:
Hans-Michael ist das 4. von 4 Kindern seiner Mutter. Die Mutter ist verheiratet mit dem Vater der drei ersten Kinder, Herrn L.; Michaels Vater, Herr G., lebte als "Dritter im Bunde" seit 12 Jahren in der Familie. Herr L. wollte nicht in die von seiner Frau

gewünschte Ehescheidung einwilligen und duldete diese Situation die Jahre über. Inzwischen schien die Beziehung zwischen Frau L. und Herrn G. haßerfüllt (Frau L. drohte, sich und Herrn G. zu vergiften) und doch ohne Möglichkeit der Trennung. Michael war bislang der Meinung, Herr L. sei sein richtiger Vater und hatte eine recht starke Bindung an ihn. Als Kind war Michael viel krank; es bestand zweimal Verdacht auf Meningitis, 11 Monate lang lag er im Gipsbett.
Unter der häuslichen Belastung kam es zu Leistungsabfall und Schulschwierigkeiten bei einem IQ von 120; es folgten mehrere Schulwechsel. Der Junge wurde aggressiv gegen die Mutter, wurde zum Außenseiter, litt unter Angstzuständen und Träumen und begann schließlich zu stehlen.
Nachdem Hans-Michael eine unbekannte Menge Mellidorm-Tabletten geschluckt hatte, willigte Herr L. in die Scheidung ein.

Hermann, 13 Jahre:
Hermann ist schon seit 3 Jahren in einem Heim untergebracht, zusammen mit seinen Geschwistern. Seine Mutter, zu der er sich stark hingezogen fühlte, und deren Suizidneigung (sie trug häufig Schlaftabletten mit sich) er kannte, hatte sich vor Jahren von ihrem Mann, einem Alkoholiker, der Frau und Kinder schlug, scheiden lassen. In zweiter Ehe heiratete sie einen Türken, der, nachdem in dieser Ehe ein Kind geboren wurde, die angeheirateten Kinder nicht mehr wollte und ihre Heimaufnahme veranlaßte. Mutter und Kinder litten stark unter dieser Situation.

Erika, 16 Jahre:
Erika ist das 3. von 5 Kindern. Ihr Bruder hatte sich 1971 erhängt. Der Vater, von Beruf Landwirt, fand ihn und erhängte sich am gleichen Tag. Erika fand den Vater. Mit der Mutter und einer Schwester hatte sie Schwierigkeiten. 3 Jahre später ging eine Freundschaft zu Ende, die Probleme der Berufswahl standen an und Erika versuchte dreimal, sich das Leben zu nehmen.

Jürgen, 16 Jahre:
Jürgen ist das 1. von 3 Kindern. Der Vater war Alkoholiker, die Ehe seit 6 Jahren geschieden, die Mutter arbeitete als Sekretärin, tagsüber waren die Kinder im Tagheim.
Abends mußte Jürgen mit den Geschwistern um 19 Uhr zu Bett gehen. Wenn er noch einen Film im Fernsehen anschauen wollte, holte ihn die Mutter um 20,15 Uhr wieder aus dem Bett. Auch sonst ließ sie ihm keinerlei Freiheiten und schlug ihn mit dem Stock.
Mit 14 1/2 Jahren nahm Jürgen eines Tages ein Beil, hackte die stets verschlossene Schlafzimmertüre auf, entwendete 150,-- DM, 3 Sparbücher und einen Scheck, packte Koffer, riß die Telefonschnur ab und verließ das Haus. Den Schmuck seiner Mutter gab der Junge zwei unbekannten Männern, er selbst hob Geld ab und mietete sich in einem Hotel ein.
Alkohol-, Tabletten- und Drogen abusus sollten über sexuelle Probleme, Aggressionen auf der einen und Wehrlosigkeit auf der anderen Seite hinweghelfen und Schlafstörungen nehmen.

Ingrid, 17 Jahre:

Ingrid ist das 2. von 6 Kindern. Sie konnte sich bis zum 7. Lebensjahr nicht von der Flasche trennen und wollte auch jetzt noch nicht erwachsen werden. Sie litt in Abständen von Wochen oder Monaten an Depressionen, die über Tage anhielten.
Ein Gedicht von ihr zeigt die Gedanken und Gefühle während einer solchen Depression, unter der auch ihre Großmutter und ein Onkel, der schließlich durch Suizid ums Lebens kam, gelitten hatten.

Depression

Ich kann nicht mehr auf Freude hoffen
in dieser kalten grauen Welt
für mich steht nun die Frage offen,
was mich denn noch am Leben hält.

Ich denke viel - das ist nicht gut
es bringt mir Depressionen
auch nimmt es mir den Lebensmut
Grübeln kann sich nicht lohnen.

Ich sehe mir die Menschen an,
ich sehe sie nur sterben
ich weiß, daß ich nicht so sein kann,
nein - ich kann nicht so leben.

Warum kann ich kein Kind mehr sein?
Ich muß erwachsen werden!
Ich soll in "ihre" Welt hinein
ich muß auf ihre Erden.

Ist meine Welt nur Phantasie?
besteht sie nur aus Träumen?
bin ich vielleicht nur ein Stück Vieh,
das nur versucht sich aufzubäumen?

Man hat mir meine Welt genommen
ich bin die Mutter ohne Kind
ihr seht nicht, wie mir Tränen kommen,
weil Tränen in mir drinnen sind.

Da bin ich nun, ich bin verlassen
in mir ist alles trostlos leer.
Diese Welt kann ich nur hassen
die meine liebte ich zu sehr.

Ich sehe nicht die kleinen Spatzen
ich sehe nicht die Pflanzen
ich sehe nur häßliche Fratzen,
die ständig um mich tanzen.

II. Diskussion der Ergebnisse

Bereits in der Einleitung wurde darauf hingewiesen, mit welchen Schwierigkeiten die Interpretation der Ergebnisse auf Grund vieler Ungenauigkeiten und der Ungleichartigkeit der Krankenblätter behaftet ist, und daß deshalb nur grob hervorstechende Ergebnisse verwertet werden können.

Auffallend ist bei der Geschlechtsverteilung das Überwiegen der Mädchen besonders im Alter von 13 und 14 Jahren, wo eine Relation von 1 : 2 besteht. Es stellt sich die Frage, ob für Mädchen die Umbruchsphase der Pubertät belastender ist als für Jungen. Die häufig gestellte Diagnose "Pubertätskrise" könnte dafür sprechen.

Der direkte Anlaß für den Suizid ist auch bei unseren Patienten - wie in der Literatur vielfach beschrieben - häufig sehr banal oder gar nicht eruierbar. Eine schlechte Note, ein Streit mit den Eltern oder auch Angst vor dem Zahnarzt sind als Anlaß nur im Gefüge der als Ursache anzusehenden multiplen Faktoren zu erklären, die eine Gesamtsituation ergeben, zum Beispiel die des angespannten Verhältnisses zu den Eltern oder einem Elternteil, über Geschwisterproblematik bis hin zum sogenannten "broken home". Nur auf dem Boden eines gestörten Eltern-Kind-Verhältnisses und eines außergewöhnlich starken Zuwendungsdefizites läßt sich der kindliche und jugendliche Selbstmordversuch begreifen.

Daß beim jugendlichen Suizidversuch die Einnahme von Tabletten zahlenmäßig immer mehr zunimmt, ist einerseits Zeichen der Zeit, in der Psychopharmaka und Schlafmittel in großer Menge auf dem Markt sind, verschrieben werden und frei erhältlich sind. Andererseits kommen diese Medikamente dem überstarken Wunsch nach Schlaf, nach "alles vergessen wollen" entgegen, der oft Motiv für den Suizidversuch ist. Immer wieder berichten Patienten nach einem mißlungenen Suizidversuch, sie hätten einfach lange schlafen wollen. Alkohol unterstützt dieses Verlangen, zu schlafen, nichts zu denken, zu vergessen.

Auffallend groß ist die Zahl der Kinder, die den Verlust eines oder beider Elternteile oder eines Menschen in der näheren Umgebung, häufig durch Suizid, erlebten. Daß der Suizid einerseits eine Bedeutung als Vorbild oder zumindest als Möglichkeit, Konflikte zu beenden, einnimmt, andererseits eine Vererbung einer gewissen Vitalschwäche wahrscheinlich ist, wurde an früherer Stelle schon besprochen, ebenso die Rolle, die der Pubertät und ihren Krisenformen im Rahmen des erhöhten Suizidrisikos zukommt.

Eindeutige Ergebnisse zeigten sich im Hinblick auf die Schichtzugehörigkeit der Kinder. Hier führten die Kinder von Handwerkern, gefolgt von denen der Angestellten und der Arbeiter. In entsprechenden, zum Vergleich geeigneten Statistiken sind die Handwerker und Arbeiter in einer Gruppe zusammengefaßt, weshalb die an Hand dieser Untersuchung naheliegende Behauptung, die Kinder speziell von Hand-

werkern seien überdurchschnittlich häufig betroffen, nicht beweisbar ist. Interpretationen hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit sind sehr gewagt und mit vielen Fragezeichen zu versehen. Vorstellbar wäre, daß in diesen Schichten Anforderungen an die Kinder gestellt werden, die sie nicht erfüllen können, Anforderungen in dem Sinne, daß die Eltern von ihren Kindern Leistungen erhoffen, die sie selbst gerne erbracht hätten, aber nicht erbracht haben. Daß gerade in diesen Familien besonders häufig Spannungen auf Grund einer gewissen Unzufriedenheit mit dem Erreichten bestehen, ist denkbar.

Erwähnenswert ist weiterhin die relativ große Zahl der Kinder, die einen Intelligenzquotienten über 120 haben; in unserer Untersuchung sind es 12 von 32 Kindern (37 %), von denen der IQ vorlag.

Was die Problematik der Schulschwierigkeiten anlangt, wäre vorstellbar, daß durch Fehleinschulungen einige Kinder über- oder unterfordert sind. Allerdings besteht bei den Kindern, bei denen der IQ vorliegt, kein Hinweis darauf. Bei der Überlegung, ob für ein Kind der richtige Schultyp gewählt wurde, sollte möglichst nicht nur von IQ-Werten ausgegangen, sondern die häusliche Situation mit berücksichtigt werden, sowie die psychischen Anforderungen, die dieses Kind zusätzlich bzw. vorrangig vor den schulischen zu bewältigen hat. In diese Betrachtungsweise muß die Stellung in der Geschwisterreihe einbezogen werden. Nicht ganz so extrem wie in anderen Untersuchungen fällt hier auf, daß Einzelkinder relativ unterrepräsentiert sind. Ein Grund könnte unter anderem

sein, daß hier die unter Umständen sehr stark belastende Geschwisterproblematik wegfällt, die bei Familien mit mehreren und besonders mit 3 Kindern hervortritt. Es ist leicht vorstellbar, daß das Gefühl, benachteiligt, ausgestoßen und einsam zu sein, unter Geschwistern zu einem essentiellen Problem wird, zumal wenn 2 sich gut verstehen und ein drittes "alleine" bleibt. Dies scheint überwiegend bei den mittleren Kindern der Fall zu sein. Eine ähnliche Situation entsteht bei 2 Kindern, wenn eines krank ist und besonders viel Zuwendung braucht und bekommt. Einzelkindern dagegen gehört die gesamte Zuwendung der Eltern.

Auf die Verhaltensauffälligkeiten soll an dieser Stelle nur noch kurz eingegangen werden. Kontaktstörungen, Weglaufen, Minderwertigkeitsgefühle, Schlafstörungen, Schulschwänzen und Eigentumsdelikte sind hier nach den Schulschwierigkeiten führend und sind typisch für den Menschen, der einerseits zu wenig Liebe empfängt und immer empfangen hat, und andererseits in seiner Identität so verunsichert ist, daß er sich in seiner Umgebung nicht mehr zurechtfindet.

Der Verlust einer geliebten Person nimmt gerade den jungen Menschen oft jegliche Orientierung und spielt nach dem Tod eines Elternteiles oder einer Ehescheidung eine wichtige Rolle. Im Sinne der Prophylaxe und Therapie ist es oft angezeigt, dem Jugendlichen einen Menschen zur Seite zu stellen, der ihn bei der Suche nach Orientierung und Identitätsfindung unterstützt. In vielen Fällen bietet sich diese Möglichkeit innerhalb der

Familie nicht, und muß durch ein geeignetes Heim oder eine Wohngruppe ersetzt werden.
Gerade bei sogenanntem "broken home" fällt häufig eine starke Bindung des Kindes an ein Elternteil, das unter Umständen sogar die Ursache für das ganze Elend ist (z. B. Alkoholiker), auf. Eine intensive Verbindung von Haß und Liebe, wobei der Haß immer neu durch die enttäuschte Hoffnung auf die geliebte Person geschürt wird, die Liebe aber nicht aufgegeben werden kann, macht eine Entscheidung zuweilen schwer, ob man ein Kind in einem zerrütteten Milieu, an das es emotional stark gebunden ist, belassen soll oder nicht. In einem solchen Fall ist die Frage nach dem "kleineren Übel" gründlich zu prüfen.

IV. Z u s a m m e n f a s s u n g

In dieser Arbeit wurde versucht, anhand von Krankenblättern von 66 Kindern und Jugendlichen, die einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen hatten oder durch häufige Suiziddrohungen aufgefallen waren, die Hintergründe bezüglich Familienkonstellation, sozialer Verhältnisse und spezieller Problematik des Kindes zu beleuchten.
Es fiel auf, daß mehr Mädchen als Jungen Suizidversuche unternommen haben. Der jüngste Patient war 7 Jahre alt, der älteste 19 und somit eigentlich nicht mehr in den Bereich der Jugendpsychiatrie gehörend. Eine Häufung ist im Alter von 11 bis 16 Jahren zu verzeichnen. Die Gipfel liegen bei 13 und 14 Jahren.
Es überwiegen eindeutig die Versuche mit Tabletten, insbesondere Narkotica und Psychopharmaca.
So banal oft der Anlaß erscheinen mag, so schwerwiegend sind die eigentlichen Ursachen, die in zerrütteten Familienverhältnissen mit schweren Störungen der Eltern- Kind-Beziehung und Geschwisterproblematik zu suchen sind. Eine wichtige Rolle spielt das Trennungserlebnis von einem geliebten Menschen, sei es durch Tod, Ehescheidung oder auch nur durch einen Umzug in eine fremde Umgebung mit Verlust des Freundeskreises.
Auffällig ist, daß relativ häufig ein Suizid in der Familie oder näheren Umgebung vorausgegangen oder früher vorgekommen war.
Schichtspezifisch ist die große Zahl der Handwerkerfamilien zu erwähnen, gefolgt von Angestellten- und Arbeiterfamilien.

Die meisten Kinder besuchten die Hauptschule, erstaunlich viele die Realschule, relativ wenige das Gymnasium.
Bei den knapp 50 % der Kinder, bei denen der IQ bestimmt worden war, fand sich ein erstaunlich hoher Anteil (37 %) mit einem IQ von 120 und darüber.
Nahezu alle Kinder zeigten Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere Schulschwierigkeiten mit Leistungsabfall, Kontaktstörungen, Weglaufen und Minderwertigkeitsgefühle.

Im Kapitel "Methodisches Vorgehen" wurde über die Schwierigkeiten beim Erstellen ausschließlich auf Krankenblattaufzeichnungen beruhender Arbeiten gesprochen und die Verwertbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt und abgegrenzt.

V. Literaturverzeichnis

BECKER, W.: Selbstmorde im Jugendalter
Med. Klinik 60 (1965) Nr. 6, 226 - 230

BERGSTRAND, C. G.: Selbstmordversuche Jugendlicher und Kinder
Dtsch. Med. Wschr. 87 Jg. Nr. 35
1759 - 1760 (1962)

BIENER, K. und BURGER, C.: Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher
Nervenarzt 47, 179 - 185 (1976)

FÖRSTER, E.: Kinderselbstmord
Jahrbuch Kinderpsychiatrie und Grenzgebiete 1, 69 - 77 (1956)

GEISLER, E.: Selbstmord und Todessehnsucht im Kindesalter
Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie (Leipzig) V, 210 - 216 (1953)

HARBAUER, H., LEMPP, R., NISSEN, G., STRUNK, P.:
Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugenpsychiatrie
Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York
3. Auflage, 174 - 207, (1976)

JACOBZINER, H.: Attempted suicides in Adolescence
Suizide in den Vereinigten Staaten
Deutsches Ärzteblatt 33, 1746, (1965)

LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung
2. Aufl., Bern-Stuttgart: Huber (1972)

LÖWNAU, W.: Störungen der Intentionalität am Beispiel des Suicids im Kindes- und Jugendalter
Acta pseudopsychiatrica 31,1, 12 - 18 (1964)

NISSEN, G.: Suizid und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen
Der Kinderarzt 6, Nr. 1, 30 - 31 (1975)

NISSEN, G.: Eindeutig überfordert, vielleicht suizidgefährdet
Ärztliche Praxis, 28, Nr. 36, 1507 (1976)

OTT, B., INGBERT, St.: Reaktive Selbstmordversuche bei Erwachsenen und Jugendlichen
Med. Welt, 25, Heft 39, 1545 - 1548 (1974)

PARNITZKE, C., REGEL, H.: Suicidale Handlungen im Kindes- und Jugendalter
Psychiat. Neurol. med. Psychol., Leipzig 24, 9, 528 - 538 (1972)

RINGEL, E. et al.: Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie
4, 7, 161 - 168 (1955)

SCHMIDTKE, A. und SCHALLER, S.: Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr
Der Kinderarzt 7, 10, 1161 - 1164 (1976)

TOOLAN, J. M.: Selbstmord von Kindern und Jugendlichen
D. M. W. 87, Nr. 21, 1129 (1962)

TRAMER, M.: Zur Frage des Selbstmordversuches und Lebensüberdrusses im Kindesalter
Kinderpsychiatrie 16, 109 - 121 (1949)

TRUBE-BECKER, E.: Suizid bei Kindern und Jugendlichen
Münchner Med. Wochenzeitschr. 16, 750 - 754, (1970)

TUCKMAN, J. et al.: Attempted suicide in adolescents
Amer. J. Psychiat. 119, 228 - 232 (1962)

WAAGE, G.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen
Praxis d. Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie
15, 1, 1 - 12 (1966)

ZILLHARDT, H. W.: Felduntersuchung zur sozialen und räumlichen Gliederung der ambulanten Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen im Jahr 1970
Diss. Tübingen 1976

ZUMPE, L.: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen
Zeitschr. für Psychotherapie und med. Psychologie 9, Nr. 6, 223 - 243 (1960)

LEBENSLAUF

Monika Schieber

11. 12. 1948	geboren in Leutkirch/Allgäu als Tochter des Pfarrers Hilmar Schieber und seiner Ehefrau Elisabeth Schieber, geb. Weissinger
1949	Umzug nach Stuttgart
1955 - 1959	Schwabschule (Grundschule) Stuttgart
1959 - 1965	Mörikegymnasium Stuttgart
1965 - 1966	Keplergymnasium Freudenstadt
1966 - 1968	Königin-Charlotte-Gymnasium Stuttgart mit abschließender Reifeprüfung am 20.6.1968
1968 - 1969	Schwesternhelferinnenkurs beim DRK, anschließend Tätigkeit als Schwesternhelferin in verschiedenen Krankenhäusern
1969 - 1972	Ausbildung als Krankenschwester an der Schwesternschule der Universität Heidelberg
1972 - 1973	Tätigkeit als Krankenschwester in der Nordseeklinik Westerland auf Sylt und im Bernhard Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg
1973	Beginn des Medizinstudiums in Freiburg
1973 - 1979	Medizinstudium in Tübingen
26. Okt. 1979	Medizinisches Staatsexamen